

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

No

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

296

(Diplôme d'Etat)

PAR
THIBAUT Pierre

Né le 3 Aout 1910 à Paris

LES ACCIDENTS INFECTIEUX
D'ORIGINE DENTAIRE
CHEZ LES SYPHILITIQUES

Président : M. LEMAITRE, Professeur

ÉDITIONS JEL
16, Rue Ernest-Cresson
Paris
1935

LES ACCIDENTS INFECTIEUX
D'ORIGINE DENTAIRE
CHEZ LES SYPHILITIQUES





Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR
THIBAUT Pierre

Né le 3 Aout 1910 à Paris

LES ACCIDENTS INFECTIEUX
D'ORIGINE DENTAIRE
CHEZ LES SYPHILITIQUES



Président : M. LEMAITRE, Professeur

ÉDITIONS JEL
16, Rue Ernest-Cresson
Paris
1935



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN. . . G. ROUSSY

1. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESCREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	TIFFENEAU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MILON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.

II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCC Pathologie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN Pharmacologie.
JOANNON Anatomie pathologique.
HAZARD Hygiène.
LABBE (Henri).. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL ... Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LEVY ... Pharmacologie.
LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.

PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUENU Pathologie chirurgicale.
RICHERT Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
SEZARY Dermatologie et syphili-graphie.
TROISIERS Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. - AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE *Pathologie chirurgicale.*
BUSQUET *Pharmacologie.*
CHAILLEY-BERT . *Physiologie.*

MM.

LEROUX *Anatomie pathologique.*
 NEVEU-LEMAIRE . *Parasitologie.*
 ZIMMERN *Physique.*

IV. - AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.

ABRAMI
AUBERTIN
BRULE *Clinique médicale.*
CHIRAY
DUVOIR
HARVIER
LIAN

MM.

GUENIOT
LE LORIER ... *Clinique obstétricale.*
LEVY-SOLAL ..
METZGER

MM.

BASSET
 CADENAT
 HEITZ-BOYER .. *Clinique chirurgicale.*

MOÇÔ

MOURE
SCHWARTZ

V. - CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ...	<i>Education physique.</i>
FREY	<i>Stomatologie.</i>
LEDoux-LEBARD	<i>Radiologie clinique.</i>
WEIL-HALLE	<i>Puériculture.</i>

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS
A MES TANTES
(*in memoriam*)

A MON PERE
A MA MERE

*Faible témoignage de ma très
grande reconnaissance et
de ma profonde affection.*

A MA SŒUR. — A MON BEAU-FRERE

A MON FRERE

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur FERNAND LEMAITRE

Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique
Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'Honneur

*En respectueux hommage pour
le grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A LA MEMOIRE DE MON MAITRE
Monsieur le Docteur LEBEDINSKY

Stomatologiste des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

*qui guida nos études et dont
nous fûmes l'externe à
l'Hôpital Cochin.*

A Monsieur le Docteur SCHAEFER

Stomatologiste des Hôpitaux
Professeur honoraire à l'Ecole de Stomatologie
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Hommage de notre respectueu-
se reconnaissance pour la
bienveillance avec laquelle
il nous a toujours accueilli
dans son service.*

A Monsieur le Docteur MICHEL DECHAUME

Stomatologiste des Hôpitaux
Professeur à l'Ecole de Stomatologie
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse. Témoignage
de notre très vive grati-
tude.*

A Monsieur le docteur R. SOUPAULT
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de guerre

A Monsieur le Docteur JEAN CHATELLIER
Stomatologiste des Hôpitaux
Professeur à l'Ecole de Stomatologie
Croix de guerre

A Monsieur le Docteur CAUHEPEE
Chef de clinique
d'orthodontie à l'Ecole de Stomatologie

*qu'ils veuillent bien trouver ici
l'expression de nos senti-
ments reconnaissants.*

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Docteur Lebedinsky, et surtout à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le Docteur Schaefer, d'observer certains malades souffrant d'accidents infectieux d'origine dentaire à évolution singulière, avec suppuration abondante et persistante.

Devant le caractère anormal de ces affections, on a recherché, et on a pu établir dans les cas mentionnés, des antécédents syphilitiques. Un traitement général spécifique a permis, soit d'éviter une nécrose osseuse et une séquestration que l'on redoutait chez ces malades syphilitiques, soit d'amener la guérison d'accidents osseux pour lesquels le traitement chirurgical avait échoué.

Dans le présent travail, après un court historique de la question, nous rechercherons les causes de cette évolution singulière d'abcès ou d'ostéophlegmons d'origine dentaire chez certains syphilitiques.

Nous passerons ensuite en revue les différents cas qu'il nous a été donnés d'observer, et nous dirons quelle est l'importance d'un diagnostic précoce pour le traitement.

Enfin, nous insisterons surtout sur le caractère parfois inespéré de certaines guérisons obtenues

simplement par le traitement général spécifique et un traitement médical local, alors que la radiographie faisait craindre une atteinte osseuse importante parfois même un début de séquestration.

Qu'il nous soit permis de renouveler ici nos vifs remerciements à M. le Docteur Schaefer et nos sentiments très reconnaissants à M. le Docteur Dechaume qui nous a éclairé de ses judicieux conseils et de son expérience.

Nous ne voulons pas oublier d'associer dans notre gratitude MM. les Docteurs Georges Lebedinsky et Mazzella qui ont guidé nos premières études en stomatologie.

■■■■■■■■

I

HISTORIQUE

Pendant longtemps, les auteurs qui ont étudié la syphilis des maxillaires ont ignoré les rapports qui unissent le système dentaire et les lésions des mâchoires de nature syphilitique. Certains ont même insisté sur l'absence d'influence des lésions dentaires ; en 1905, Mouton, dans sa thèse, déclare : « Si, dans certains cas, une périostite dentaire a pu être un *locus minoris resistentiae*, et un appel pour la syphilis, dans la grande majorité des gommès des maxillaires, les auteurs ont constaté un état parfait des dents.

« Il ne semble donc pas y avoir un rapport bien important entre la syphilis des maxillaires et le mauvais état du système dentaire. Si, d'ailleurs, les affections dentaires avaient tant d'importance sur la localisation de la syphilis sur le maxillaire, les docteurs en donneraient des observations autrement nombreuses que celles que l'on trouve dans la littérature médicale. »

En 1909, Ombrédanne, dans *le Traité de Pathologie chirurgicale* de Le Dentu et Delbet, ne s'occupe de l'influence des lésions dentaires sur la localisation de

la syphilis que pour la nier, et il passe sous silence la réciproque, à savoir l'influence de la syphilis sur les accidents infectieux dentaires.

A propos des ostéomyélites, Ombrédanne dit :
« Sous certaines influences l'infection du tissu osseux prend une allure plus grave, et l'ostéomyélite aboutit alors souvent à la formation de séquestres. Il en est ainsi :

« 1° Chez les enfants, où le maxillaire subit, du fait du processus de l'éruption dentaire et de la croissance, des modifications qui le mettent en état de réceptivité.

« 2° Au cours de certaines intoxications, en particulier de l'intoxication phosphorée. »

L'influence du terrain syphilitique n'est donc pas signalée.

En 1922, M^{lle} Millon (1), dans sa thèse, s'exprime ainsi : « Il semble tout naturel de penser que les ostéites banales d'origine dentaire peuvent créer un appel pour l'infection syphilitique.

« Cette conception est contredite par les faits. Dans toutes les observations que nous avons recueillies il n'y avait pas de trace de lésion du côté des dents. » Dans ses conclusions elle est, à ce sujet, très formelle : « Cette localisation (de la syphilis) sur le maxillaire inférieur n'a pas de rapport avec les infections dentaires. »

Mais la même année, Bercher et Maurel (2) déclarent : « Dans la très grande majorité des cas, on retrouve à l'origine de l'ostéomyélite des lésions dentaires (carie pénétrante), comme dans notre obser-

(1) Thèse Paris, 1922.

(2) *Revue de Stomatologie*, mai 1922.

vation I. Il n'est d'ailleurs pas possible dans cette variété de savoir s'il s'agit d'une véritable ostéomyélite gommeuse, ou bien d'une nécrose osseuse d'origine dentaire qui emprunte au terrain syphilitique sur lequel elle évolue, sa gravité et son aspect spécial.

Quoiqu'il en soit, il reste à retenir que les syphilitiques peuvent nécroser une partie importante de leur maxillaire inférieur, soit que l'os soit frappé d'emblée par le processus gommeux, sans cause appréciable à la localisation, soit au contraire que cette nécrose ait été favorisée par une infection à porte d'entrée dentaire. »

En 1922, Picot et Ruppe publient dans *la Presse médicale* un cas de syphilome diffus avec nécrose du maxillaire inférieur compliqué de noma. Pour expliquer cette suppuration abondante et cette vaste nécrose, ils proposent trois solutions ; il peut s'agir :

1° D'une ostéomyélite d'origine dentaire évoluant sur un terrain syphilitique et revêtant de ce fait une allure et une gravité particulières.

2° Soit de syphilis osseuse pure, la syphilis étant capable à elle seule de jouer ce rôle nécrosant.

3° Soit de syphilis osseuse infectée secondairement par voie buccale, l'infection d'origine dentaire étant la cause de la suppuration interminable.

Picot et Ruppe adoptent cette dernière manière de voir.

Mais c'est Gornouec qui, en 1923, dans sa thèse, a posé le problème dans toute son ampleur, montrant :

1° Les rapports qui unissent le système dentaire et les lésions inflammatoires des maxillaires de nature syphilitique.

2° Proposition inverse : le rôle joué par le terrain

syphilitique sur l'évolution des accidents infectieux d'origine dentaire.

En 1930, Costes et Croquefer rapportent dans *la Revue de Stomatologie* un cas d'ostéomyélite aiguë du maxillaire inférieur consécutive à une plaie minime de la muqueuse buccale, chez un tabétique.

La même année enfin, Pacaud et Bergeret publient une observation d'ostéomyélite du maxillaire inférieur avec fracture spontanée chez un hérédo-syphilitique.

■■■■■■■

II

PATHOGENIE

En présence de ces accidents infectieux qui, souvent après un début aigu avec phénomènes généraux, suivent une évolution torpide entrecoupée de poussées subaiguës, et revêtent une allure nécrosante, on a rapproché ces faits de ceux que l'on observe toutes les fois que la résistance de l'organisme est déficiente : d'une part chez les diabétiques qui font des accidents infectieux d'une gravité particulière et ayant une fâcheuse tendance à provoquer de la mortification et de la gangrène ; d'autre part au cours de certaines infections (en particulier la tuberculose) ou intoxications. C'est ainsi que Chompret (1) dans une communication à la société de stomatologie insiste particulièrement sur la notion de terrain et relève chez son malade une intoxication par le plomb et un passé suspect de tuberculose.

En ce qui concerne la particularité du terrain syphi-

(1) *Revue de Stomatologie*, Ostéïte du maxillaire inférieur d'origine dentaire, 1920, page 263.

litique, on a pensé d'abord en trouver la raison dans des troubles trophiques de l'os, déminéralisation, raréfaction osseuse. Mais on a été amené à penser, en raison même de l'affinité de la syphilis pour les artères, qu'il y avait surtout artérite, artérite qui crée un état de moindre résistance locale qui vient se joindre à un état de moindre résistance générale dû, dit Gornouec, à « un état humoral spécial ».

Et ce même auteur, dans une communication sur un cas d'ostéomyélite du maxillaire inférieur (1) conclut : « Le maxillaire est dans un état d'équilibre biologique très spécial, mais de plus, comme toute autre partie du squelette sa résistance à l'infection microbienne est diminuée par un grand nombre de facteurs qui agissent sur son mode de réaction, soit en modifiant sa structure (action des radiations) soit en agissant sur son innervation (tabès, paralysie générale) et sa vascularisation (endartérite), soit en offrant aux microbes un milieu favorable (diabète) ; bref, en agissant sur sa trophicité. »

Ainsi dans la syphilis, c'est bien, semble-t-il, l'artérite qui crée un état de moindre résistance locale, l'état de moindre résistance générale s'expliquant par cet état humoral spécial, d'ailleurs mal connu, mais qui est bien réel comme le prouve l'état particulier du sérum syphilitique mis en évidence par la réaction de Bordet-Wassermann et mieux encore par la réaction de flocculation.

(1) *Revue de Stomatologie*, septembre 1927,

III

INFLUENCE DU TERRAIN SYPHILITIQUE SUR LES ACCIDENTS INFECTIEUX D'ORIGINE DENTAIRE

Voici les faits cliniques tels qu'ils ressortent des observations recueillies dans le service de stomatologie de l'hôpital Saint-Louis, que nous rapportons plus loin, et auxquelles nous joindrons quelques observations publiées antérieurement, en particulier dans la thèse de Gornouec.

Il s'agit de malades faisant des accidents infectieux dentaires classiques caractérisés le plus souvent par un début brutal, soudain : c'est une dent cariée qui devient le point de départ d'une mono-arthrite apicale, rapidement compliquée d'ostéophlegmon. Au début, cet ostéophlegmon — qu'il ait été traité ou non — paraît devoir évoluer de façon régulière. Dans plusieurs cas, l'avulsion de la dent causale et le curettage de l'alvéole semblent amener la guérison : le trismus, s'il y en avait, diminue, la tuméfaction régresse, mais

la suppuration persiste. L'exploration au stylet montre la présence d'un foyer d'ostéite que vient confirmer la radiographie. Quelques semaines plus tard le malade élimine un séquestre suivi souvent de plusieurs autres.

Dans d'autres cas, en présence de douleurs dentaires que l'on attribue à des dents cariées ou à des racines, on pratique une ou plusieurs extractions l'état du malade s'améliore d'abord, mais les alvéoles ne se comblent pas, deviennent le point de départ d'une suppuration interminable; des fistules se forment et l'affection aboutit — parfois après des épisodes aigus — à une nécrose et à une séquestration importantes.

Devant cette allure inusitée des lésions dentaires, devant cette tendance à la nécrose, cette persistance de la suppuration, on est amené à chercher une cause locale ou générale susceptible d'amoindrir la résistance du malade à l'infection.

C'est ainsi que, dans les observations que nous avons recueillies, un interrogatoire minutieux, les réactions sérologiques ont mis sur la voie d'une syphilis ancienne ou d'une hérédo-syphilis.

Ces observations montrent bien que les accidents inflammatoires provoqués par l'infection purement dentaire sont modifiés dans leur évolution lorsqu'ils éclatent chez un syphilitique : lents et torpides, ils frappent plus volontiers le tissu osseux, déterminent des séquestres, se prolongent au delà des délais habituels. Aigus, phlegmoneux, ils cèdent en apparence au traitement chirurgical, mais ont tendance à la récurrence, sont d'une cicatrisation lente, mutilent l'os et tendent à la diffusion.

OBSERVATION I

M. A..., sujet polonais, parlant mal le français, vient à la consultation de Saint-Louis, le 6 juin 1933, pour des douleurs et une suppuration persistante du maxillaire inférieur droit.

Il y a deux mois, on lui aurait extrait les deux premières grosses molaires inférieures droites (de l'une d'elles il ne restait que les racines) pour des douleurs spontanées, irradiant dans la région sterno-cléido-mastoïdienne et dans l'oreille, douleurs presque continuelles gênant le sommeil. En même temps, le malade accusait une légère difficulté à ouvrir la bouche et à avaler.

Ensuite, une tuméfaction de la grosseur d'une noisette se serait développée sur la face interne de la branche horizontale, en regard des dents extraites.

Depuis, l'alvéole ne s'est jamais cicatrisé.

Il persiste actuellement sur l'arcade deux fistules par où sourd un peu de pus. Le bord alvéolaire est légèrement épaissi; aucun soulèvement des tables externe et interne.

L'exploration à la sonde des trajets fistuleux conduit sur l'os dénudé qui semble en voie de nécrose.

La radiographie montre un début de séquestration du bord alvéolaire.

Comme le malade dit être ancien syphilitique, non traité depuis 1916, nous demandons immédiatement des réactions sérologiques: elles sont positives.

Le traitement est commencé le 14 juin 1933 par une série de novarsénobenzol suivie, trois semaines après, d'une série de bivatol.

Dès les premières injections, les douleurs s'atténuent.

Le 22 juillet 1933, les fistules sont taries, sans qu'il y ait eu élimination de séquestre.

Nous avons revu le patient en mai 1934, la guérison se maintient.

OBSERVATION II

M. S..., émigré allemand, parlant mal le français, nous est adressé d'un service de chirurgie pour une suppuration persistante du maxillaire inférieur gauche, le 9 décembre 1933.

En août 1933, il est allé dans une école dentaire pour des douleurs occasionnées par la première grosse molaire inférieure gauche couronnée: on lui a extrait cette dent sous anesthésie locale.

Les douleurs disparurent pendant quelques semaines.

En octobre 1933, il présenta un état fébrile (40°), une fluxion et des douleurs. Il fut hospitalisé à trois reprises successives dans un service de chirurgie pendant huit, deux et dix-huit jours. Chaque fois, il aurait été traité par des pansements humides; l'abcès s'ouvrait spontanément et le malade, se croyant guéri, demandait à sortir.

Actuellement, il vient d'être hospitalisé à nouveau avec une température élevée. A l'examen, nous constatons une tuméfaction sous-maxillaire et génienne gauche; l'incision sous-maxillaire de drainage par où s'écoule du pus assez abondant. La palpation ne permet pas d'apprécier l'état du maxillaire; elle n'éveille toutefois pas de douleurs au niveau de l'angle. Il n'y a pas d'anesthésie du nerf mentonnier, pas d'adénopathie.

L'ouverture de la bouche est gênée par un léger trismus. On peut toutefois se rendre compte que tout le vestibule inférieur gauche est comblé par une tuméfaction rouge.

Sur l'arcade inférieure gauche manque seulement la première grosse molaire; la seconde présente un volumineux amalgame; la dent de sagesse est en évolution.

La denture, dans son ensemble, est en assez bon état. La muqueuse buccale est normale; pas de leucoplasie.

Nous demandons aussitôt une radiographie qui nous montre :

1° Les racines de la dent de six ans;

2° Un processus ostéitique important avec début de séquestration à leur niveau;

3° Une grosse réaction périapicale sur la seconde grosse molaire.

La constatation de cette ostéite nous fait suspecter la syphilis qui est confirmée par les réactions sérologiques.

Nous décidons alors d'instituer avant tout traitement local un traitement général qui est commencé le 16 décembre 1933.

Dès les premières injections, la suppuration diminue et la tuméfaction s'affaïsse.

Le 26 décembre, devant une petite recrudescence de la suppuration, nous pratiquons facilement, sous anesthésie locale, l'extraction des racines et un curettage superficiel qui ramène des fongosités, mais pas de séquestre.

Le 28 décembre, la fistule est tarie et l'amélioration est suffisante pour que le malade quitte l'hôpital.

Le 2 janvier, extraction de la seconde molaire.

Le 4 janvier, on cueille deux séquestres du volume d'une noisette.

Le 20 janvier, le malade est presque complètement guéri.

Depuis, nous avons vainement cherché à avoir de ses nouvelles.

OBSERVATION III

M. S... vient, le 22 mai 1934, à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis, pour une suppuration du maxillaire inférieur, côté gauche.

Voici les renseignements fournis par le malade : l'affection a débuté vers le début du mois d'avril, par des douleurs dans l'hémiface gauche. Sur les conseils de son dentiste, le malade fit des lavages de bouche à l'eau très chaude, lavages qui le soulagèrent. Depuis le début de mai, il a — dit-il — la sensation que sa lèvre inférieure est « comme morte » du côté gauche.

Enfin, depuis le 12 mai, une suppuration s'est établie dans sa bouche, au niveau de la branche horizontale du maxillaire inférieur, côté gauche. Son dentiste, consulté à nouveau, l'adresse alors à l'hôpital.

A l'examen, nous constatons une légère tuméfaction génienne et sous-maxillaire gauche, sans modification de couleur des téguments. La palpation montre que la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur est épaissie dans son ensemble, depuis la région incisive jusqu'à la région molaire. On note une légère infiltration des parties molles et une anesthésie dans le territoire du nerf mentonnier. Il n'y a pas d'adénopathie.

A l'examen endobuccal, on voit que le vestibule est comblé, depuis la dent de 6 ans jusqu'à la ligne médiane. La table interne est sensiblement normale, non douloureuse. Voici quel est l'état des dents: à gauche, toutes les dents depuis G1 jusqu'à G6 sont très mobiles. De G4, il ne subsiste que la racine qui baigne dans le pus.

A la palpation, on note que la tuméfaction qui comble le vestibule est un peu rénitente. Etant donné l'anesthésie du nerf mentonnier, la mobilité des dents et la suppuration abondante, on pense à une ostéite.

Une radiographie du maxillaire gauche montre un kyste volumineux.

Les réactions sérologiques, en particulier la réaction de Wassermann, sont positives. Aussi nous décidons d'instituer un traitement antisyphilitique avant d'opérer le malade.

Le traitement est commencé le 31 mai 1933 par une série d'injections de novarsénobenol suivie, trois semaines après, d'une série de bivatol.

Le 7 juillet, le malade revient à la consultation. Son état général est très amélioré; localement, la suppuration a considérablement diminué; les dents se sont consolidées, sauf G5 et G3 qui restent encore un peu mobiles. La sensibilité du nerf mentonnier réapparaît.

Le 17 juillet, sous anesthésie locale, nous procédons à l'énucléation du kyste qui s'étend de l'incisive latérale droite à la deuxième grosse molaire inférieure gauche. Nous som-

mes obligés d'extraire G4 (racine) et G3 dont la conservation est impossible.

Les suites opératoires sont excellentes : la cavité se comble progressivement.

OBSERVATION IV

M^{me} J..., âgée de 44 ans, sans profession, a présenté, dans le courant de septembre 1934 une tuméfaction douloureuse des régions jugale et sous-maxillaire droites. Dès ce moment, elle aurait eu de l'anesthésie dans le territoire du nerf mentonnier. Elle fut traitée par des injections de vaccin (probablement du Propidon) et des compresses chaudes appliquées localement.

Cependant, la tuméfaction augmenta encore de volume, la température s'éleva à 39°, et la malade fut hospitalisée le 26 septembre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du docteur Bazy.

Elle présentait alors, dit-elle, un abcès de la région sous-maxillaire qui fut incisé; le pus qui s'écoula était fétide.

Quelques jours après, elle nous est adressée et voici ce que l'examen, pratiqué à ce moment, montra : il persiste une tuméfaction sous-maxillaire du côté droit; par l'incision située sur le bord postérieur de la branche montante, s'écoule encore du pus fétide; le signe de Vincent est positif.

Dans la bouche, l'exploration est difficile en raison du trismus serré; le vestibule inférieur droit est comblé par un bourrelet violacé sur lequel s'ouvre une fistule. La dent de sagesse inférieure droite est mobile et baigne dans le pus.

D'autre part, l'examen général montre que les réflexes sont normaux. Il n'y a pas de signe d'Argyll-Robertson.

Les antécédents sont banaux. La malade a deux enfants bien portants de 13 et 14 ans; elle a fait une fausse couche postérieure à ses deux grossesses. Son mari est bien portant.

Une radiographie, faite le 6 octobre, montre une zone d'ostéite très étendue.

La dent de sagesse est extraite immédiatement. L'eau oxygénée utilisée pour le lavage de l'alvéole, ressort par l'incision cutanée.

Dès le lendemain, l'aspect de la malade est meilleur; le pus est moins fétide; la fièvre est tombée. A ce moment, on pratique une réaction de Wassermann qui est positive. On institue aussitôt un traitement bismuthique: 2 injections par semaine de bivatol.

Les cinq premières injections ont déterminé une reprise des douleurs et de la suppuration, puis une amélioration se produit et se poursuit régulièrement.

Le 20 novembre, on enlève un séquestre représentant le rebord alvéolaire inférieur droit. La suppuration buccale cesse, mais les fistules cutanées restent ouvertes.

Une autre radiographie, pratiquée le 4 décembre, montre la séquestration de la partie supérieure de la branche montante jusqu'à l'échancrure sigmoïde.

Le 13 décembre, sous anesthésie tronculaire du nerf maxillaire inférieur au trou ovale, on incise la muqueuse le long du bord antérieur de la branche montante, et on enlève le séquestre qui représente la base de l'apophyse coronoïde. La pointe de cette apophyse reste en place.

Les suites opératoires sont excellentes: la suppuration cesse et, le 18 décembre, les fistules cutanées sont cicatrises.

Le 22 décembre, un petit séquestre alvéolaire est encore éliminé. Le Signe de Vincent est toujours positif.

Le 5 janvier 1935, une goutte de pus apparaît dans la région maxillaire. Lavage à l'eau oxygénée, puis cautérisation au nitrate d'argent.

Le 26 janvier: cicatrisation.

OBSERVATION V

M. T..., âgé de 54 ans, s'était présenté en octobre 1934 à la consultation du docteur Mahé avec une tuméfaction du maxillaire inférieur droit et un trismus serré.

Le diagnostic d'ostéophlegmon fut posé, deux molaires furent extraites et tout parut rentrer dans l'ordre.

En décembre, une tuméfaction apparut dans la même région et prit de telles proportions que le malade fut hospitalisé, reçut trois injections de propidon et qu'une collection purulente fut incisée.

Il quitta l'hôpital paraissant guéri.

Nous le revoyons en janvier 1935, présentant de nouveau une tuméfaction du maxillaire inférieur droit.

A l'examen, elle est plaquée sur l'os, peu douloureuse et nettement fluctuante.

Dans la bouche, en regard des alvéoles des dents extraites, il y a une fistule dont le cathétérisme conduit sur l'os insensible, rugueux et un peu mobile.

Une radiographie confirme l'existence d'un séquestre du rempart alvéolaire.

C'est alors que nous apprenons que ce malade a eu, à 18 ans, un chancre syphilitique qui fut soigné pendant trois ans.

Le 15 janvier, on pratique un drainage filiforme de la collection purulente et on commence un traitement par le bivatol.

Le 19 janvier, le séquestre est enlevé par voie buccale.

En février, la guérison est complète.

OBSERVATION VI

Le jeune M..., âgé de 7 ans, est amené, le 25 juin 1934, à la consultation du docteur Mahé pour de violentes douleurs dentaires.

L'examen endobuccal montre une volumineuse tuméfaction palatine en regard de la deuxième molaire temporaire supérieure droite profondément cariée et qui est extraite aussitôt.

Cette intervention n'est suivie d'aucune amélioration et le 3 juillet les douleurs sont toujours aussi violentes, le palais est toujours tuméfié.

L'examen de l'enfant fait soupçonner la syphilis héréditaire: strabisme interne, front olympien, ganglion sus-épitrochléen.

De plus, ses antécédents sont très suspects : il a présenté dès sa naissance des troubles digestifs intenses, des troubles visuels qui ont nécessité récemment une intervention, des éruptions pustuleuses. Il a eu des frères morts en bas âge et d'autres ont eu des convulsions, du coryza.

Des Wassermann pratiqués dans le sang de l'enfant et de ses parents sont négatifs.

Néanmoins, le 6 juillet, on commence un traitement par le sulfarsénol.

Le 20 juillet (cinquième injection), les douleurs ont disparu, la tuméfaction palatine s'est affaïssée.

Le 28 août, la guérison est complète.

OBSERVATION VII

La jeune A..., âgée de 9 ans, souffrait de sa dent de six ans inférieure gauche. Le 13 octobre 1934, une tuméfaction douloureuse de la joue gauche étant apparue, un médecin consulté diagnostiqua un ostéophlegmon et G6 fut extraite.

Après cette intervention, les douleurs furent moins violentes, mais la tuméfaction ne diminua pas; au contraire, les téguments devinrent plus rouges.

Un examen fut pratiqué le 22 octobre à l'hôpital Saint-Louis dans le Service du docteur Mahé: la joue et la région maxillaire gauche étaient soulevées par une tuméfaction rouge, chaude, douloureuse, fluctuante.

L'examen buccal était difficile en raison du trismus qui ne permettait pas un écartement des incisives supérieur à un travers de doigt. Le vestibule était légèrement empâté en regard de l'alvéole de la dent extraite qui n'était pas encore cicatrisé, et d'où s'écoulait du pus en grande abondance.

On notait l'existence d'érosions dentaires. L'examen oculaire montrait de l'inégalité papillaire. Dans les antécédents de l'enfant, on relevait, à l'âge de 6 ans, une kératite interstitielle qui guérit par un traitement local.

Ses parents sont bien portants; sa mère n'a pas fait de fausses couches; elle a eu un autre enfant mort de méningite à l'âge de 28 mois.

La réaction de Wassermann faite le 30 octobre est positive.

On institue aussitôt un traitement par des injections intramusculaires de sulfarsénol, en débutant par 6 centigrammes.

La suppuration alvéolaire diminue peu après.

On fait une radiographie le 13 novembre, qui montre une zone d'ostéite de la région basilaire de la mandibule. On décide d'attendre la fin de la série d'injections de sulfarsénol avant d'intervenir et on se contente d'un drainage filiforme de la tuméfaction jugale qui est sur le point de se

fistuliser. De l'eau oxygénée injectée par voie externe reflue dans l'alvéole.

Le 24 novembre, une deuxième collection supprimée s'est formée dans la région sous-angulo-maxillaire et est également drainée.

Le 27 novembre, la suppuration est tarie.

Le 1^{er} décembre, la cicatrisation est complète.

Le 29 décembre, l'enfant a reçu sa huitième injection de sulfarsénol (15 centigrammes). La cicatrisation de l'alvéole est parfaite, la trace des drainages filiformes est invisible; la tuméfaction jugale est insignifiante. La guérison est confirmée par une nouvelle radiographie.

OBSERVATION VIII

COSTES et CROQUEFER. — *Ostéomyélite aiguë du maxillaire inférieur consécutive à une plaie de la muqueuse buccale, in Revue de Stomatologie, août 1930 (résumé)*

M. N..., âgé de 56 ans, est atteint d'une spécificité ancienne méconnue et non traitée qui se manifeste par un tabès évoluant depuis un temps indéterminé et révélé en 1922 par un premier accident osseux (arthropathie vertébrale (segment lombaire) ayant disloqué plusieurs vertèbres). Un traitement mixte (arsenic-bismuth) n'a pas évité un second accident osseux: fracture des deux os de la jambe succédant à un traumatisme minime.

Ce malade a des maxillaires presque complètement édentés: il ne reste qu'un groupe de dents du côté gauche de la mandibule; ces dents ne sont pas cariées, elles sont branlantes du fait d'une alvéolyse très marquée qui, en sept ans, a déjà coûté six dents au malade: d6, d3, d2, d1, g1, g2.

La chute des dents n'empêche d'ailleurs pas l'évolution de la résorption alvéolaire; aussi les appareils de prothèse

dont le malade est porteur s'enfoncent peu à peu et portent sur la muqueuse.

Le 25 décembre 1923, au maxillaire supérieur, se produisait de ce fait une petite plaie n'ayant aucune tendance à la guérison rapide, s'accompagnant de cellulite, avec fluxion et formation d'un abcès sous-muqueux, dont l'ouverture spontanée se fit en cinq ou six jours au niveau de la plaie buccale.

En janvier 1930, un accident que l'on pensa être du même ordre se produisit: une ulcération longue de 2 à 3 centimètres, large de 1 millimètre environ, siégeait du côté droit de la mandibule, au voisinage de la crête et à peu près au niveau de la place des deux grosses molaires extraites.

Les tissus avoisinants étaient quelque peu infiltrés, mais il n'existait pas de fluxion importante.

Malgré des bains de bouche, des badigeonnages avec un collutoire au borate de soude et la suppression de l'appareil, l'état s'aggrave. Le 4 février, la température atteignait 40°, s'accompagnant de douleurs articulaires au niveau des genoux et des poignets, de malaise général et d'une sorte d'état grippal.

Des douleurs vives s'affirmaient localisées à la mandibule droite et l'on s'apercevait que la tuméfaction de la joue avait augmenté. L'os était déformé et les ganglions sous-maxillaires tuméfiés.

Pendant quatre jours, la température se maintint aux environs de 40°, le malade présenta pendant une journée une ébauche de Signe de Vincent, et, le 8 février, apparut en avant de la plaie buccale une petite fistule par laquelle s'écoula un peu de pus, ce qui amena tout de suite la chute de la température.

Le stylet introduit par l'orifice fistuleux rencontrait un os dénudé. On instituait immédiatement un traitement antiseptique de la cavité buccale et on ordonnait des injections intramusculaires d'électrargol.

Toutefois la tuméfaction mandibulaire ne disparaissait pas, au contraire, s'étendant tant sur la face vestibulaire que sur la face linguale de l'os, vers la branche montante. Dou-

loureuse à la pression, elle était recouverte par une peau et une muqueuse d'aspect normal.

Entre le 22 et le 27 février, deux autres fistules apparurent au niveau de la plaie muqueuse. Leur cathétérisme permit de constater un os dénudé et en voie de séquestration.

Le 20 mars, une radiographie révélait la présence de deux petits séquestres sous-muqueux et indiquait que la moitié postérieure de la mandibule, une partie de la branche montante étaient envahies par un processus d'ostéite raréfiante donnant à la radiographie une image floconneuse.

Le 22 mars, extraction du séquestre.

La plaie n'ayant pas tendance à se fermer, on pratiquait, quelques jours après, un curettage de l'os. Pendant toute la convalescence, des soins d'hygiène buccale furent associés à un traitement général antiseptique et anti-spécifique (électrargol, tréparsol, suppositoires mercuriels, iodure).

La guérison fut complète le 22 avril.

Costes et Croquefer ajoutent qu'au début le diagnostic de cette affection avait été hésitant. On avait pensé à l'association d'une affection générale (grippe, embarras gastrique), à une plaie de la muqueuse buccale provoquée par l'appareil. Mais bientôt l'intérêt se portait tout entier sur la mandibule et le diagnostic ne pouvait plus se poser qu'entre une ostéite et une syphilis du maxillaire.

Le mode de début par une plaie muqueuse sans tuméfaction préalable des plans durs ou mous, l'entrée en scène de symptômes généraux avec température élevée, l'apparition de fistules multiples, la constitution de deux séquestres devaient fixer le diagnostic. On était bien en présence d'une ostéomyélite aiguë de la mandibule évoluant dans un terrain spécial, chez un tabétique, cette ostéomyélite s'étant développée par voie muqueuse, sus-périostée, au niveau d'un maxillaire édenté.

OBSERVATION IX

PACAUD ET BERGERET. — *Ostéomyélite du maxillaire supérieur avec fracture spontanée chez un hérédo-syphilitique* (Revue de Stomatologie, octobre 1930, p. 785).

J..., soldat de 2^e classe, âgé de 20 ans, souffre, depuis le 23 janvier 1928, de douleurs dans le maxillaire inférieur droit; il entre le 28 à l'hôpital pour « adénite sous-maxillaire et ostéo-périostite d'origine dentaire ». Quelques jours auparavant, il s'est fait extraire des racines infectées correspondant à d5 et d6.

A son entrée, il se plaint de douleurs violentes dans l'hémimaxillaire inférieur droit. Son aspect, général, est très médiocre; il est anémié. Température 39°5. Pouls 120. Le faciès est tiré, la langue saburrale, l'haleine fétide. Trismus. Frissons.

Il présente un gonflement dur sous-maxillaire faisant corps avec la branche horizontale et une légère réaction ganglionnaire sous-maxillaire. Le vestibule est soulevé. La face interne ostéo-muqueuse de la branche horizontale droite est enflammée, douloureuse; le plancher buccal est encore peu intéressé.

Au regard de cette tuméfaction, l'alvéole de d6 est atteint d'alvéolite; d7, non cariée, est très mobile. Du pus s'écoule au niveau du collet de d7. Le territoire du nerf mentonnier présente une sensibilité normale. Une anesthésie régionale permet d'extraire d7 et de curetter prudemment l'alvéole de d6. Une incision vestibulaire et une incision sous-maxillaire sont faites le même jour, ainsi qu'un traitement vaccinothérapique général par le propidon.

Des lavages antiseptiques au Dakin étendu sont prescrits.

Après ce traitement, la température s'abaisse régulièrement. La plaie sous-maxillaire se cicatrise normalement,

Mais la cicatrisation buccale, d'abord normale, est retardée par une légère suppuration qui se fait jour au fond des alvéoles de d5 et d6, malgré les lavages antiseptiques répétés. Le 28 février, une tuméfaction vestibulaire se reproduit au niveau de d5 et d6. Au stylet, on découvre l'existence de séquestres de la paroi alvéolaire externe, et de la table externe du maxillaire inférieur. Une radiographie confirme cette observation et montre de petites taches de raréfaction osseuse au niveau de la branche horizontale.

Après anesthésie régionale, trois séquestres mobiles sont relevés, des débris paradentaires sont enlevés au niveau de d5.

La plaie tend de nouveau à se fermer normalement. Mais, quelques jours plus tard, un nouveau séquestre est éliminé, venant du bord basilaire du maxillaire inférieur. La branche horizontale présente une certaine mobilité; elle s'est fracturée spontanément. La fracture est tout à fait indolore. Pour éviter la déviation des fragments, des gouttières de contention sont appliquées, maintenant les dents bloquées en bon articulé.

Cependant, dès que l'existence de séquestres eut été constatée, l'attention avait été attirée sur la possibilité d'accidents spécifiques et des examens complémentaires institués dans ce sens.

L'examen du pus ne décèle que des staphylocoques et des streptocoques.

L'examen sérologique du sang donne:

Wassermann (sérum chauffé ++).

Hecht (Muttermilch) ++.

Le malade qui est un enfant naturel ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires. Il aurait eu une enfance malade, et nie formellement toute maladie vénérienne. On ne constate, en effet, aucune cicatrice suspecte de la région génitale. Le sujet, de taille moyenne et de constitution plutôt médiocre, ne présente aucun stigmate dystrophique majeur, mais on attache une importance réelle à la constatation d'une adénite épitrochléenne bilatérale.

Evacué sur le centre de vénéréologie, le malade reçoit en six semaines 6 gr. 85 de novarsénobenzol en douze injections à doses croissantes, plus 20 grammes de sirop de Gibert chaque jour pendant dix jours sur quinze, traitement admirablement supporté.

Le blocage bimaxillaire est maintenu pendant plus d'un mois. Aucun séquestre nouveau ne se forme. La suppuration buccale cesse en quelques jours et la fracture spontanée se consolide rapidement. La pseudarthrose, que nous faisait redouter l'extension rapide du processus, est évitée.

Par la suite, le malade reçoit un traitement ambulatoire d'iodo-bismuthate de quinine (douze injections de 3 centimètres cubes) et, libéré du service militaire le 19 juillet avec un Wassermann négatif et une réaction de Hecht-Muttermilch se maintenant positive faible, il continuera son traitement dans la vie civile.

OBSERVATION X

in Thèse GORNOUEC, page 32. *Observation I*

M. C..., âgé de 52 ans, entre dans la salle Vieussens du service du professeur Sébilleau, pour une ostéo-périostite mandibulaire du côté gauche. Depuis trois mois, ce malade a subi l'avulsion de trois dents cariées. La dernière extraction remonte à deux mois; depuis, le malade souffre de douleurs névralgiques intenses, irradiées à tout le côté gauche de la face; en même temps que ces douleurs, sont apparues une fluxion de la joue gauche et une tuméfaction de la mâchoire inférieure de ce côté. Ces phénomènes locaux existent, accompagnés de signes généraux, de la fièvre (température 39°6), de courbature généralisée et d'un état saburral. Le malade va consulter à Bichat, où la tuméfaction est incisée, et ne donne issue qu'à un peu de sang. Il entre à l'Hôpital Lariboisière quinze jours après ;

l'état général est mauvais, le malade est fébrile, courbaturé; il souffre de douleurs spontanées de la mandibule, irradiées à la moitié gauche de la face; il a peine à articuler, et la mastication est impossible. L'examen donne tous les signes d'un ostéophlegmon de la mâchoire inférieure, étendu à toute la branche horizontale. Un trismus assez marqué rend difficile l'examen de la cavité buccale qui montre l'absence des trois molaires du côté gauche; l'expression de la tuméfaction fait sourdre par l'alvéole de la dent de six ans manquante, un peu de pus. Un stylet recourbé introduit dans cet alvéole donne le son mat de l'os dénudé, nécrosé. La radiographie faite le jour même montre la présence à gauche d'une grosse lésion ostéitique du tiers moyen de la mandibule.

Examen général. À l'interrogatoire, on apprend que le malade est syphilitique depuis trente ans. À cette époque, il a été soigné à l'Hôpital Saint-Louis pour des accidents secondaires (roséole, plaques muqueuses). Le traitement institué a consisté dans l'injection de benzoate de mercure alternant avec des piqûres de biiodure. Depuis, il a suivi très irrégulièrement un traitement anodin, absorbant des pilules de protoiodure, du sirop de Gibert et de l'iodure de potassium. Le malade est retourné cependant se faire examiner à l'Hôpital Saint-Louis, il y a deux ans, et, à la suite de cet examen, il aurait subi une série de dix piqûres de 914 et de six piqûres d'huile grise. L'année dernière, il aurait encore reçu le même traitement. À l'examen, on ne trouve aucun signe de syphilis en activité, par un seul signe de la série tabétique; les urines, examinées à son entrée, sont normales. La séro-réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Traitement. Sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle on fait une incision sous-maxillaire gauche. On tombe sur un miagma osseux friable, intéressant la presque-totalité du maxillaire de ce côté. Il est fait un curettage du foyer qui laisse une large cavité osseuse du volume d'une grosse amande; il reste une attelle osseuse inférieure qui assure la continuité osseuse. Malgré les soins post-opératoires, la

suppuration persiste, une fistule s'établit et une seconde intervention est rendue nécessaire, dans les semaines qui suivent, pour l'extraction d'un petit séquestre. Cette fois, quoique le malade prétende être intolérant au 914, il reçoit des injections intra-veineuses de ce médicament; on ne lui fera que de petites doses, 30 cc. d'abord, puis 45. Rapidement, la lésion s'améliore, la suppuration diminue, se tarit, et, six semaines après, la fistule est fermée. Le malade guéri quitte le service dans les premiers jours de mars et continuera à suivre le traitement à l'Hôpital Saint-Louis.

OBSERVATION XI

in Thèse GORNOUEC, page 33. Observation II

M. B..., 48 ans, entre dans le service du professeur Sébileau, salle Bertin, le 20 février 1923, pour un ostéophlegmon de la mandibule, du côté gauche. L'affection a débuté, il y a neuf jours, par des douleurs spontanées de la dent de douze ans inférieure gauche, douleurs à caractère d'élanement, puis de battements, sans irradiation cependant; pas de névralgie faciale. La mastication rapidement devient douloureuse; et le malade a nettement l'impression d'allongement de la dent de douze ans. Trois jours après, le malade s'aperçoit de la présence d'une tuméfaction, développée dans le sillon vestibulaire inférieur gauche, qui augmente rapidement de volume et se montre très douloureuse. Il consulte un médecin qui porte le diagnostic d'ostéo-périostite d'origine dentaire et prescrit le traitement palliatif (bains de bouche très chauds, gargarismes, cachets anti-névralgiques). La tuméfaction continue à augmenter de volume et elle persiste à être très douloureuse; aussi le malade vient consulter à Lariboisière. A l'examen, on trouve une tuméfaction oblongue, s'étendant en arrière presque à l'angle de la mâchoire, et en avant jusqu'à la naissance du men-

ton. Cette tuméfaction dure, résistante, fait corps avec l'os, mais n'adhère pas au plan superficiel. La palpation réveille une douleur assez vive. L'examen de la cavité buccale est rendu difficile par l'existence d'un trismus très marqué. Malgré cette gêne, on note: 1° Une pyorrhée alvéolaire; 2° Une carie profonde, pénétrante, de la dent de douze ans, à sa face distale; de plus, cette dent se montre douloureuse à la percussion de sa face triturante, et, ainsi que l'indique le malade, elle est mobile. Du côté vestibulaire, on retrouve la tuméfaction dure, résistante, douloureuse, avec une douleur maxima au niveau de la dent de douze ans; la face linguale de l'os est libre.

Ces phénomènes locaux sont accompagnés de signes généraux; le malade se plaint d'une courbature générale, d'un état saburral marqué, la température est à 38. Le diagnostic dans le cas présent s'impose: on se trouve en présence d'un ostéophlegmon provoqué par une affection radiculaire de la dent de douze ans.

Examen général du malade. L'interrogatoire nous apprend que le malade est syphilitique depuis vingt ans; qu'à cette époque, il a été traité à l'Hôpital Saint-Louis pour un chancre induré du gland par des piqûres de benzoate de mercure. Ce traitement a été poursuivi pendant les premiers mois de l'infection; depuis, la maladie ne s'étant manifestée par aucun accident sensible au malade, celui-ci se traite seul et irrégulièrement. Marié cinq ans après le début de cette affection, il raconte que sa femme, dans les premières années de son mariage, a mené à terme trois grossesses, que les enfants sont nés vivants. Des trois enfants, deux devaient mourir: l'un d'une méningite à huit mois, l'autre à treize mois d'une maladie inconnue.

Le malade, examiné avec soin, surtout au point de vue d'une lésion possible du système nerveux central, paraît normal; la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée avec le sérum sanguin se montre négative.

Intervention. — Le 22 février, le malade est opéré par M. Bonnet-Roy qui, sous anesthésie générale, procède à l'avulsion de la dent malade et au curettage de l'alvéole.

Par la brèche ainsi formée, il s'écoula un peu de pus.

Suites opératoires. — Dans les jours qui suivent, la douleur disparaît, le trismus diminue, la tuméfaction régresse, mais la suppuration persiste; le cinquième jour, le stylet introduit dans l'alvéole rencontre un os dénudé, et le huitième jour le malade élimine un petit séquestre qui paraît être une lame inter-alvéolaire. Le malade est mis au traitement novarsénobenzolique; l'amélioration, immédiatement, devient très sensible, et bientôt le malade, guéri, quitte l'hôpital.

■■■■■■■■

IV

FREQUENCE DES ACCIDENTS DE NECROSE OSSEUSE

Il est donc bien certain que les accidents de nécrose osseuse, assez exceptionnels chez les autres malades sont particulièrement fréquents chez les syphilitiques. Nous ne voulons pas dire par là, bien entendu, que les syphilitiques atteints d'affection d'origine dentaire font fatalement des accidents de nécrose osseuse. Telle n'est pas notre pensée, comme le prouve l'observation suivante :

M^{me} Q..., âgé de 56 ans, cuisinière, vient consulter à Saint-Louis pour une fistule de sa région sous-maxillaire gauche.

Elle nous apprend que deux de ses molaires inférieures gauches la faisaient souffrir depuis longtemps. Au début de septembre, en même temps que les douleurs devenaient plus intenses, une tuméfaction de la joue et du trismus apparurent.

La température monta jusqu'à 41° et l'état de la malade s'aggrava jusqu'au 15 septembre, époque à laquelle un flot de pus fit irruption dans la bouche et une fistule sous-maxillaire s'ouvrit.

Depuis, le tableau clinique se maintint stationnaire.

A l'examen, nous observons une volumineuse tuméfaction rouge, luisante, occupant la région sous-maxillaire gauche et débordant sur les régions génienne et massétérine. A sa partie inférieure une fistule bourgeonnante laisse sourdre une goutte de pus. A la palpation, cette tuméfaction est très dure, empêchant de percevoir le maxillaire et les ganglions; dans la région de l'angle, elle est nettement fluctuante.

On ne trouve pas le Signe de Vincent.

Le trismus, qui ne permet pas d'écarter les incisives de plus d'un centimètre, gêne l'examen endo-buccal. Le vestibule inférieur gauche est tuméfié et on n'y voit plus trace de fistule; à la palpation, on retrouve la même dureté que dans la joue; la table interne est normale.

Les 2 molaires, sans doute la dent de 6 ans et la dent de sagesse, sont mortifiées et mobiles; toutes les autres dents sont solidement implantées.

Notons une plaque de leucoplasie rétrocommissurale à droite.

Cette malade présente une kératite interstitielle qui serait congénitale. Elle a eu plusieurs enfants nés avant terme et morts en bas âge et elle a fait des fausses couches.

Une radiographie montre une raréfaction osseuse autour des racines des molaires et une zone transparente à contour flou en plein centre de la région angulaire.

On pose le diagnostic d'ostéite d'origine dentaire chez une syphilitique. La réaction de Bordet-Wassermann, positive, confirme le diagnostic.

Le 17 octobre, les deux molaires sont extraites; on fait un drainage filiforme de la tuméfaction sous-maxillaire

Cinq jours plus tard, l'état de la malade s'est amélioré, sous l'influence des extractions et du drainage.

On décide néanmoins d'instituer un traitement antisyphilitique pour éviter toute complication ou récurrence : la ma-

fade reçoit une série d'injections de sulfarsénol, suivie d'une série de Bivatol.

Nous revoyons la malade le 2 janvier et le 16 mars : la guérison est définitive; on note une petite cicatrice du drainage filiforme.

Les malades atteints de syphilis ancienne sont donc seulement plus exposés que les autres à faire des accidents osseux, et nous pensons qu'il est bon, chez eux, en présence d'accidents infectueux, d'instituer ou d'intensifier le traitement spécifique, pour prévenir l'atteinte osseuse.

|||||||

DIAGNOSTIC

On se trouve en présence d'un malade qui fait un accident infectieux dentaire; mais, malgré le traitement local, la tuméfaction persiste, la suppuration s'éternise. Il peut s'agir alors d'un phlegmon banal insuffisamment drainé, ou dont le passage à la chronicité s'explique par une cause dentaire : persistance d'une dent cariée ou d'une dent mortifiée ; racines infectées ; infection péri-coronaire au niveau d'une dent de sagesse en évolution. Une radiographie faite à ce moment permettrait de savoir si l'on n'est pas en présence d'une ostéïte corticale, complication d'un phlegmon insuffisamment drainé, et qui entretient la suppuration.

Plus tard, à la période de nécrose et de séquestration, il faudra envisager encore les causes locales énumérées plus haut, non seulement si le début a été aigu, mais même si l'affection a été chronique d'emblée. En effet, chez les enfants, Broca a décrit

des cas d'ostéomyélite prolongée en rapport avec l'évolution dentaire des molaires, parfois même des dents de lait. Elle se traduit par une hyperostose lentement constituée pouvant simuler un ostéosarcome à marche lente, aboutissant parfois à la séquestration plus ou moins étendue du rebord alvéolaire. Cette infection péri-coronaire se fait par voie buccale. Chez les adultes, on a signalé des formes hyperostosantes en relation avec des dents de sagesse incluses.

Si l'étiologie dentaire de l'ostéite paraît douteuse, ou si la lésion dentaire semble incapable d'expliquer à elle seule la marche nécosante de l'affection, on devra penser aux causes générales susceptibles de créer un état de moindre résistance générale et locale. Au premier rang de ces causes apparaît la syphilis.

Une ostéomyélite traînante, et la présence de séquestres un peu volumineux doivent toujours, suivant le conseil de Rodier, faire suspecter la syphilis et mettre tout en œuvre pour la dépister: il faudra d'abord s'enquérir des antécédents, rechercher les signes de syphilis en évolution, procéder aux réactions sérologiques qui auront d'ailleurs peu de valeur si elles sont négatives, surtout si on soupçonne une syphilis héréditaire. Dans ce dernier cas, un traitement d'épreuve lèvera tous les doutes.

On devra enfin penser aux autres causes générales pouvant diminuer la résistance de l'organisme: diabète, tuberculose en évolution. Le diagnostic se posera rarement avec la syphilis vraie des mâchoires. Souvent l'étiologie dentaire des accidents infectieux s'impose par leur début aigu, brutal. Encore faut-il tenir compte de certains cas, tels que ceux mentionnés par

Chompret, Lattès et Dechaume (1), qui montrent que la syphilis héréditaire des maxillaires peut revêtir l'allure d'une ostéopériostite, d'un ostéophlegmon ou d'une ostéomyélite. Dans ces cas, seule la recherche des antécédents ou l'existence de lésions associées permettent le diagnostic.

De même, à la phase de suppuration. Comme le fait remarquer Gornouec, il y a grande ressemblance entre le tableau classique de la syphilis nécrosante des mâchoires, et les cas diagnostiqués ostéomyélite d'origine dentaire. Tout en tenant compte des exceptions signalées plus haut, c'est souvent le mode de début de l'affection qui permettra de lui donner son identité vraie : généralement dans le syphilome diffus le début est lent, insidieux, torpide ; le malade se plaint de douleurs vagues, mal caractérisées qu'il localise à la mâchoire ; qui irradient peu et qui présentent le plus souvent une exacerbation nocturne ; ce n'est que lentement, progressivement que le malade assiste au développement d'une tuméfaction de la mâchoire.

La réaction de Bordet-Wassermann et les autres réactions sérologiques, si elles sont positives, donneront une forte présomption en faveur de la nature syphilitique des lésions, mais on pensera à la possibilité d'accidents infectieux d'origine dentaire chez un syphilitique. Si les réactions sérologiques sont négatives elles ne donneront qu'une indication, et, de toute façon, en présence d'une ostéomyélite prolongée, avec suppuration persistante, et gros séquestres — le diagnostic étiologique étant incertain — nous pensons que

(1) *Revue de Stomatologie* : observations de nécrose mandibulaire chez des hérédo-syphilitiques, T. XXX, n° 8, août 1928, page 460.

l'on doit instituer un traitement d'épreuve antisypilitique.

En présence d'une ostéite évoluant insidieusement avec tuméfaction maxillaire, suppuration et une nécrose étendue, on peut encore se demander — en présence d'antécédents spécifiques, ou en raison des réactions sérologiques positives — s'il ne s'agit pas d'une complication survenue chez un malade porteur d'une gomme latente de la mâchoire, en un mot de syphilis osseuse infectée secondairement par voie buccale, l'infection secondaire étant responsable de l'étendue du séquestre. Picot et Ruppe (1) se rallient à cette dernière hypothèse : ils pensent que chez des syphilitiques anciens, il y a dans beaucoup de cas, syphilis d'abord, infection secondaire ensuite. Cette hypothèse se trouverait d'ailleurs — d'après ces auteurs — vérifiée par d'autres affections du maxillaire, entre autres la nécrose phosphorée et la tuberculose du maxillaire. Ils rappellent à ce propos que, dans une thèse, consacrée par Lefay à cette dernière affection, on lit :

« La fonte du tissu osseux est lente lorsque le bacille de Koch agit seul, mais elle devient rapide, étendue dès qu'arrivent les infections mixtes. Cette considération est pour nous l'explication d'un symptôme incontestablement le plus particulier de l'ostéite du maxillaire : nous voulons parler de l'étendue du décollement du périoste et de l'importance des nécroses ; aucun point du squelette touché par la tuberculose ne fournit de séquestres aussi considérables. »

(1) *Presse Médicale*. A propos d'un cas de syphilis du maxillaire inférieur compliqué de Noma (page 288-28 mars 1922).

• Nous voyons donc que, dans la pratique, il est parfois difficile de faire la part exacte de ce qui revient, d'abord aux lésions purement syphilitiques, ensuite à l'infection surajoutée à une lésion syphilitique, enfin à une infection d'origine dentaire évoluant sur un terrain syphilitique.

D'ailleurs, pour ce qui est de la conduite à tenir, la question n'a qu'un intérêt limité, puisque, même si la réaction de Bordet-Wassermann ou les autres réactions sérologiques sont négatives, un traitement d'épreuve doit être institué.

Quant au diagnostic radiographique l'expérience a montré que souvent la radiographie est incapable de renseigner sur la nature exacte et l'importance des lésions osseuses. Elle ne permet pas, comme le montre notamment notre observation I, d'affirmer l'existence de séquestres. Elle simule en effet des pertes de substance. La radiographie est donc insuffisante non seulement pour fixer un diagnostic certain, mais encore pour décider de la conduite à tenir.



VI

TRAITEMENT

En ce qui concerne le traitement des accidents osseux purement syphilitiques des maxillaires, il n'y a pas de discussion possible : Comme pour toutes les autres manifestations de la syphilis, le traitement doit être avant tout médical, spécifique.

Mais la question est déjà plus délicate lorsque la syphilis osseuse a été infectée secondairement par voie buccale, l'infection secondaire paraissant responsable de l'étendue de la nécrose, comme dans les cas rapportés par Picot et Ruppe. Il a semblé longtemps que dans de telles circonstances le traitement général spécifique était insuffisant et qu'une intervention chirurgicale étendue était inévitable.

De même, lorsqu'on est en présence d'un syphilitique ancien se présentant avec une ostéomyélite dont l'origine dentaire semble être nettement caractérisée, le traitement chirurgical a, trop souvent, précédé le traitement spécifique.

En 1923, Gornouec, dans sa thèse, envisageant le

cas d'un syphilitique ancien ayant de grosses lésions des maxillaires avec suppuration abondante, déclare : « Il faut s'attaquer à la lésion locale. » Et, plus loin : « A ce traitement chirurgical, on associe un traitement médical. »

D'autre part, nous lisons dans une observation de Gornouec — observation que nous avons rapportée plus haut — au sujet du traitement appliqué à un malade entré à l'hôpital pour une ostéite du maxillaire inférieur gauche, survenue deux mois après l'avulsion de trois dents cariées : « Sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle on fait une incision sous-maxillaire gauche. On tombe sur un magma osseux friable, intéressant la presque totalité du maxillaire de ce côté. Il est fait un curettage du foyer qui laisse une large cavité osseuse du volume d'une grosse amande ; il reste une attelle osseuse inférieure qui assure la continuité osseuse. Malgré les soins post-opératoires, la suppuration persiste, une fistule s'établit, et une seconde intervention est rendue nécessaire, dans les semaines qui suivent, pour l'extraction d'un petit séquestre. Cette fois, quoique le malade prétende être intolérant au 914, il reçoit des piqûres intraveineuses de ce médicament ; on ne lui fera que de petites doses, 30 centimètres cubes d'abord, puis 45. Rapidement la lésion s'améliore, la suppuration diminue, se tarit et, six semaines après, la fistule est fermée. Le malade, guéri, quitte le service... »

Ce qui ressort de cette observation c'est que dans une ostéite qui semble bien d'origine dentaire, le traitement chirurgical a échoué, alors que le traitement spécifique a amené une guérison rapide,

Les observations recueillies depuis la thèse de Gornouec, montrent de plus en plus que le traitement spécifique doit non seulement accompagner, mais doit précéder le traitement chirurgical. C'est l'opinion de Pacaud et Bergeret (1) qui, dans un cas d'ostéomyélite du maxillaire inférieur avec fracture spontanée chez un hérédosyphilitique concluent : « le traitement local doit être conservateur ; même associé à la vaccinothérapie, il est impuissant à enrayer l'évolution d'une ostéomyélite évoluant en terrain hérédos spécifique. »

Dans bien des cas (nos observations I, II, VI et VII, notamment), lorsque le diagnostic a pu être posé à temps, le traitement spécifique intensif entrepris en premier lieu a permis d'éviter toute intervention chirurgicale.

Il est donc toujours temps, pour ces accidents infectieux en terrain syphilitique, de pratiquer non seulement un curettage, mais même des extractions de dents mobiles mais saines (il faut extraire bien entendu les dents ou racines susceptibles d'entretenir l'infection). Un simple drainage local, joint à un traitement médical local (lavage de bouche au bœck avec des solutions antiseptiques) et général antisiphilitique est souvent suffisant.

Ce traitement antisiphilitique quel doit-il être ? Dans les observations nouvelles que nous avons rapportées, les malades ont tous été traités par des injections de bivatol sauf pour les observations VI et VII où l'on a fait un traitement au sulfarsénol. De plus, le

(1) *Revue de Stomatologie*, octobre 1930, page 785.

malade de l'observation III a reçu d'abord une série de novarsénobenzol puis du bivatol, et celui de la dernière observation d'abord une série de sulfarsénol puis du bivatol.

Dans les autres observations, on a utilisé, soit les différents arsenicaux (novarsénobenzol, sulfarsénol, tréparsol), soit le mercure, soit les iodures.

Nous voulons seulement insister sur ce fait que, dans toutes les observations où le bivatol a été employé, il a été — malgré le mauvais état de la cavité buccale — parfaitement supporté, et a amené une amélioration rapide, parfois surprenante.

Cette action rapide, prodigieuse du traitement général antisyphilitique montre bien quelle est l'importance du terrain syphilitique. Cette médication agit bien par son action spécifique antisyphilitique.

Cependant, un auteur italien, Ramorino (1) (de Florence) a rapporté le cas d'une ostéomyélite du maxillaire supérieur, étendue à toute la surface palatine d'un côté, dans laquelle la syphilis n'était pas en cause, et qui guérit par le seul traitement arsenical (injections intramusculaires à doses progressives). Cet auteur explique l'action du traitement de la façon suivante : la maladie dont il parle était en mauvais état physique, anémiée, déprimée, au début de sa maladie ; « un foyer d'infection peut rester localisé lorsque les tissus du voisinage réagissent à l'invasion bactérienne, mais il peut aussi se propager aux tissus voisins quand la réaction défensive est défailante et la virulence des bacilles trouve dans ces tissus un

(1) *Revue de Stomatologie*, juin 1930. La guérison spontanée de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur est-elle possible ?

excellent milieu de développement. » Devant cette défaillance de l'organisme, que faire ? « Exciter les réactions de défense naturelle ; exciter la phagocytose locale... Nous avons choisi l'arsenic, le croyant capable de favoriser d'abord une réaction biologique générale en améliorant le sang, et de favoriser ensuite la néoformation du tissu osseux. »

Cette action semble bien réelle dans le cas envisagé par l'auteur italien, mais il est certain que d'une façon générale, et en particulier dans les observations que nous avons rapportées, l'action du traitement anti-syphilitique est bien spécifique. C'est l'opinion de Gornouec qui déclare que cette médication « assure la guérison en modifiant l'état humoral, le terrain du malade ». Et, insistant sur l'action spécifique du traitement, il ajoute : « On pourrait en effet nous objecter que cette médication arsenicale peut agir comme une particulier, qu'elle donne des résultats thérapeutiques excellents dans les stomatites ulcéro-membraneuses, médication anti-infectieuse banale ; ne sait-on pas, en et qu'elle se montre non seulement une médication spirochéticide remarquable, mais encore une médication spirillicide merveilleuse. A ceci, nous répondrons que dans les cas envisagés nous nous trouvons en présence d'ostéophlegmon vulgaire, à suppuration fétide, abondante, que l'examen de laboratoire aurait montré provoqué par les microbes pyogènes aérobies et anaérobies et que nous ne croyons pas que le 914 ait une action sur ces microbes. »

Une infection d'origine dentaire trouve chez un syphilitique, un terrain de moindre résistance, d'où la rapidité de la nécrose osseuse, et l'évolution des lésions

vers la chronicité, malgré le traitement chirurgical. Un traitement antisypilitique pourra seul ramener la résistance locale et générale vers la normale. Les lésions reprendront alors leur marche régulière et tendront vers la guérison.

Si le traitement spécifique a été institué trop tard, et n'a pu éviter la nécrose osseuse, on devra attendre la formation des séquestres, et se borner à les cueillir lorsqu'ils seront mûrs, sans faire de curettage.

Le pronostic de ces accidents infectieux d'origine dentaire chez des syphilitiques est donc excellent si le diagnostic du terrain syphilitique est posé suffisamment tôt pour que le traitement général, spécifique, joint à un traitement médical local, permette d'éviter une intervention chirurgicale.



CONCLUSIONS

I. Les accidents infectieux d'origine dentaire prennent chez les syphilitiques une allure séquestrante inusitée.

II. En présence d'une ostéomyélite prolongée, avec nécrose étendue et gros séquestres, on doit toujours penser à la possibilité d'un terrain syphilitique, et mettre tout en œuvre pour dépister la syphilis.

III. Le traitement local doit être conservateur : même associé à la vaccinothérapie, il est impuissant à arrêter la marche d'une ostéomyélite évoluant en terrain syphilitique.

IV. Un traitement général spécifique, intensif et précoce a souvent permis d'éviter toute intervention locale ou de la réduire au minimum.

Les accidents infectieux d'origine dentaire chez les syphilitiques.

Thèse par Pierre THIBAUT

Professeur LEMAITRE

Vu et permis d'imprimer le

Recteur de l'académie de Paris

Vu le Doyen :

CHARLETY.

G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- ALAROZE. — Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire proprement dite du maxillaire inférieur (*Thèse Paris*, 1928).
- AMOEDO. — *Revue de Stomatologie*, 1900.
- BERCHER. — *Revue de Stomatologie*, 1923.
- BERCHER et WURMS. — Deux observations d'ostéomyélite mandibulaire chronique à forme hyperostosante (*Revue de Stomatologie*, Juin 1927).
- BONNET-ROY. — Communication à la Société d'Odontologie, Avril 1923.
- Accidents dentaires et syphilis des mâchoires (*Bulletin médical*, 31 Mai 1924).
- CHABAUD. — Syphilis du maxillaire inférieur (*Thèse Paris*, 1885).
- CHOMPRET. — Manifestations buccales dans la Syphilis (*Revue de Stomatologie*, 1900).
- Ostéite du maxillaire inférieur d'origine dentaire (*Revue de Stomatologie*, 1920, page 263).
- CHOMPRET, DECHAUME et LATTÈS. — Observation de nécrose mandibulaire chez des hérédosyphilitiques (communication à la Société de Stomatologie, in *Revue de Stomatologie*, Août 1928).
- CHOMPRET, DECHAUME et M^{lle} LÉAGE — Syphilis héréditaire du maxillaire inférieur (*Revue de Stomatologie*, octobre 1931, page 599).

- CHOMPRET et DECHAUME. — *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1930, p. 83.
- Syphilis héréditaire proprement dite du maxillaire inférieur (*Revue de Stomatologie*, 1928).
- COSTES et CROQUEFER. — Ostéomyélite aiguë du maxillaire inférieur consécutive à une plaie de la muqueuse buccale chez un tabétique (*Revue de Stomatologie*, Août 1930).
- DECHAUME. — Quatre observations d'ostéomyélite chronique (*Revue de Stomatologie*, Mars 1930).
- Syphilis congénitale des maxillaires (*Revue Française de Dermatologie et vénéréologie*, Décembre 1931).
- DECHAUME, SASSIER et M^{lle} LÉAGE — Syphilis héréditaire des maxillaires (*Revue de Stomatologie*, Février 1932, p. 96).
- DELOUVRIER. — Contribution à l'étude des fractures spontanées dans la Syphilis héréditaire (*Thèse Paris*, 1907).
- DIEULAFAÉ et HERPIN. — Maladies chirurgicales des mâchoires (in *Traité de Stomatologie* de Gaillard et Nogué, Paris, Baillière, 1911).
- FOURNIER (E.). — Stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis, 1928.
- Hérédosyphilis de deuxième génération, 1905.
- GANGOLPHE — Localisations osseuses de la syphilis tertiaire (Paris, Masson, 1885).
- GORNOUEC. — Les accidents dentaires chez les syphilitiques (*Thèse Paris*, 1923).
- Ostéomyélite du maxillaire inférieur (*Revue de Stomatologie*, Septembre 1927).
- JULLIEN. — Traité des Maladies vénériennes, Paris, 1875.
- LANNELONGUE et COMBY. — Ostéomyélite chronique ou prolongée, 1879.
- LENORMANT et CROQUEFER. — Gomme syphilitique du maxillaire inférieur et de la face. Difficulté de son diagnostic avec l'ostéomyélite mandibulaire (*Revue de Stomatologie*, Février 1932, p. 65).
- MERVILLE. — Un cas d'ostéomyélite du maxillaire inférieur (*Revue de Stomatologie*, Avril 1925).

- MILLON (M^{lle}). — Nécrose du maxillaire inférieur d'origine syphilitique (*Thèse Paris*, 1922).
- MOUTON. — Syphilis du maxillaire supérieur (*Thèse Nancy*, 1905).
- OMBRÉDANNE. — Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, 1909, tome XVI, p. 105.
- PACAUD et BERGERET. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur avec fracture spontanée chez un hérédo-syphilitique (*Revue de Stomatologie*, Octobre 1930, p. 785).
- PICOT et RUPPE. — A propos d'un cas de syphilis du maxillaire inférieur compliqué de noma (*Presse médicale*, 1922).
- POLLOSSON et DECHAUME. — Ostéomyélite pseudo-sarcomateuse du maxillaire inférieur consécutive à l'éruption vicieuse d'une dent de sagesse (*Revue de Stomatologie*, 1927).
- PONT. — Ostéomyélite à bascule du maxillaire inférieur (*Revue de Stomatologie*, 1927).
- RAMORINO. — La guérison spontanée de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur est-elle possible ? (*Revue de Stomatologie*, Juin 1930).
- SPILLMANN. — Syphilis osseuse, Paris, 1909.
- VILLENUS. — Syphilis héréditaire (*Journal des praticiens*, 1908).

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
I. Historique	13
II. Pathogénie	17
III. Influence du terrain syphilitique sur les accidents infectieux d'origine dentaire	19
IV. Fréquence des accidents de nécrose osseuse....	40
V. Diagnostic	43
VI. Traitement	48
Conclusions	54
Bibliographie	55

